SALUD MENTAL EN EL PERU 1968



Suplemento Nº 1 de la Revista Psiquiátrica Peruana – Vol. 8, Nº 1-4

SALUD MENTAL EN EL PERU

INFORME ELABORADO PARA LA CONFERENCIA DE SALUD MENTAL EN LAS AMERICAS

Houston, Texas, U.S.A., Dic. 1968

Suplemento N° 1 de la
Revista Psiquiátrica Peruana
1 9 6 8

Al contribuir a la publicación de la Revista Psiquiátrica Peruana, han hecho posible la edición de este Informe, los Laboratorios Farmacéuticos: Bayer, Ciba, J. R. Geigy, Eli Lilly, E. Merck Merck Sharp & Dohme, Parke Davis, Sandoz, Smith Kline & French, E. R. Squibb y Wander

I. VISION PANORAMICA DE LA SITUACION ACTUAL

Por: Baltazar Caravedo C.*

En este resumen vamos a tratar de exponer la situación actual del Perú en relación a los servicios de salud mental y a los elementos que contribuyen a ésta. No existe en realidad una política definida en cuanto a salud mental en los organismos ejecutivos de salud pública. Los programas no han fijado aún sus objetivos en este campo, y los sanitaristas no están aún compenetrados de las urgencias psiquiátricas y de las necesidades en salud mental. Este problema no se ha manifestado por carencia de interés de parte de los psiquiatras o de profesionales afines sino porque varias razones posiblemente han concurrido a ello.

La primera, la extensión del territorio y la escasa densidad de población: para 1'249,049 kilómetros cuadrados tenemos 11'650,000 habitantes. La segunda: el territorio y la escasa densidad de población son muy complejos; nuestro país está dividido en tres regiones totalmente distintas: la costa, la sierra, y la montaña. Cada una de estas tiene diferente magnitud de extensión: la costa es una franja estrecha donde habita el grupo humano más industrializado, en especial Lima, donde el 20% de la población total produce el 42% del ingreso bruto; la sierra es la zona donde la población está tabicada y muchas veces separada por obstáculos insalvables; a esto se agrega su altura que sobrepasa frecuentemente los tres mil metros, habiendo poblaciones hasta en los cinco mil metros de altitud; y por último la montaña, vasta e inmensa extensión de bosques que ocupan el 30% del territorio y donde la población no alcanza al 3% del total de habitantes. La población urbana es de 41.6% y la rural es de 52.4%.

A esta disparidad geográfica y humana se añade el hecho de que el 55% es población blanca y mestiza; 40% es india y 5% pertenece a otras razas. A esto se suma la diferente estructura cultural de cada uno de los conglomerados humanos con tradiciones, costumbres, modos de vida distintos; no todos hablan castellano, hay un 40% que sólo habla quechua y aymara. El índice de analfabetismo alcanza un 40%.

*Asesor en Salud Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú.

Los ingresos per cápita son igualmente variables, la costa ostenta el mayor ingreso y la montaña el menor según el cuadro siguiente:

PRODUCTO BRUTO INTERNO PER CAPITA, 1965

Región	*Soles de 1963*
Perú	9,500
Lima Metropolitana	19,200
Norte	9,500
Norte Medio	5,000
Nor Oriente	4,200
Centro	9,200
Sur Medio	6,200
Sur Oriente	4,000
Sur	11,500

Las condiciones ambientales y de vivienda son deficientes, siendo la desnutrición el primer factor condicionante de los problemas de salud, por el bajo consumo de proteínas.

De la población total, el 70% tiene acceso a los servicios médicos. De este sector, el 85.4% está cubierto por instituciones públicas y el 14.6% por instituciones privadas.

La composición etaria de la población es como sigue:

0 — 4 años	17.9 %
5 — 14 años	27.1 %
15 — 44 años	41.3 %
45 — 64 años	10.5 %
65 y más	3.2 %

Tenemos pues una elevada población joven con una población activa relativamente pequeña (31.4% de la población total y 60.7% de la población potencialmente activa) y una de ancianos muy reducida. La expectativa de vida en 1965 era de 54 años.

En resumen, la población del Perú se caracteriza por su juventud, dispersión, elevado analfabetismo, bajo ingreso per cápita, desnutrición, falta de vivienda adecuada, carencia de servicios de agua y desagüe en la inmensa mayoría de las poblaciones rurales (96%) y un alto índice de enfermedades infecto-contagiosas.

Súmase a esto, diferentes niveles culturales y sociales, tradiciones y hábitos de vida diferentes según la procedencia cultural, y al mismo tiempo un fuerte deseo de ascenso social.

La mayoría de nuestros habitantes viven en condiciones precarias, con bajos ingresos y desprovistos de posibilidades educativas sólidas. Por otro lado esperan todo del Estado y carecen de iniciativa para abrirse camino a través de acciones comunitarias. La excesiva dependencia psicológica y social del hombre en nuestro medio fernte al Estado hace depositar en éste muchas esperanzas y al mismo tiempo almacenar enormes frustraciones. Una de las características por eso, es la desgana y la apatía para asumir responsabilidades frente a urgentes necesidades sociales de carácter colectivo. Esta circunstancia explicaria también el por qué la salud es un asunto cuya solución se piensa depende únicamente del Estado.

Si bien es cierto que hay un lado positivo, ya que la población está acostumbrándose paulatinamente a servirse de aquellos centros preventivos y asistenciales que el Estado provee; también es verdad que allí en donde no existen, el hombre acude preferentemente al brujo o al empírico para su atención.

El número de médicos y de profesionales que se dedican al cuidado de la salud es reducido, como veremos más adelante, y pese a los esfuerzos combinados de las facultades de medicina, el número de graduados por año es inferior a nuestras necesidades actuales. Pero más grave aún es la distribución de los médicos en el país, que tiene que ver con la accesibilidad a los servicios existentes, pues el 65% de los profesionales está en Lima mientras sólo el 35% cubre las necesidades del resto del territorio.

Por el hecho de ser un país predominantemente rural, con una población de 58.4% dedicada a las faenas agrícolas, con un territorio difícil, fragoso, tabicado, con población dispersa, vías de comunicación difíciles y medios de transporte aún en su fase inicial de desarrollo, la atención médica es hasta ahora sólo posible en aquellas zonas de poblaciones accesibles. Para ellas sólo contamos con 6,250 médicos (1 para 1,980 habitantes) y de esta cifra sólo hay 140 médicos psiquiatras (1 para 88,500 habitantes) que actúan preferentemente en ciudades con más de 50,000 habitantes, estando el 87% radicados en Lima. El país cuenta con 28,672 camas de hospital de las cuales 2,010 son psiquiátricas.

DISTRIBUCION DE MEDICOS[1] Y PSIQUIATRAS[2] EN ACTIVIDAD POR GRUPOS DE POBLACION

Grupos de población	*Médicos*	*Hab. x Méd.*	*Psiq.*	*Hab. x Psiquiatra*
Menos de 10,000 habitantes	475	15,600	—	—
10,000 a 24,999 habitantes	566	1,750	1	995,000
25,000 a 49,999 habitantes	220	1,850	1	400,000
50,000 a 249,999 habitantes	906	1,100	14	71,350
Más de 250,000 habitantes	4,089	650	124	20,850
TOTAL:	6,250	1,980	140	88,500

1 Proyección de las cifras obtenidas en el *Estudio de Recursos Humanos de Salud*, 1965.
2 *Prontuario Psiquiátrico Peruano*. Carlos Bambarén Vigil, 1967.

La mayoría de los pacientes psiquiátricos son vistos por médicos generales y diagnosticados por ellos. El tratamiento, la mayoría de las veces, no existe y cuando se hace es muy primitivo. Sólo son diagnosticados los casos ostensibles, que podrían serlo por cualquier persona sin conocimientos médicos. La mayoría de estos pacientes sólo reciben, en promedio, 1.11 consultas y luego son devueltos a la comunidad. Esta tiene gran tolerancia para los enfermos mentales y sólo utilizan los servicios médicos en momentos de turbulencia.

La Policía en el Perú tiene que encargarse transitoriamente del cuidado de muchos pacientes en comisarías y ahí reciben asistencia precaria. La comunidad conduce al hospital o solicita el ingreso a un servicio de psiquiatría. Igualmente acude a la Policía cuando un paciente perturba y frecuentemente es ella quien lo los enfermos mentales reciben ayuda de religiosos, vecinos, familiares, etc. La comunidad tiene en este sentido preocupación por el paciente mental, pero sólo de aquel que refleja la imagen del paciente clásico y no percibe al enfermo cuya sintomatología no produce graves problemas dentro de la comunidad misma. Los servicios de bienestar social son incompetentes para asumir una decisión por el hecho de carecer de facilidades de internamiento o de acceso a servicios ambulatorios de salud mental.

La carencia de interés tanto de parte de los médicos recién egresados por seguir la especialidad como de parte de los médicos en general por los problemas psiquiátricos dentro de su ejercicio diario proviene, posiblemente, de la orientación pedagógica en el currículum médico. La psiquiatría ha estado orientada hasta hace poco hacia el aspecto individual del caso y se ha ejercido intra muros del hospital sin relación con la comunidad. Se ha ejercido, además, con el criterio de incurabilidad del paciente y se ha visto en su acción sólo el manejo de los psicóticos deteriorados o de procesos cerebrales crónicos sin remisión posible. Esto ha alejado al médico de la psiquiatría y sólo después de los cambios introducidos en la orientación de la enseñanza la psiquiatría se ha incorporado al quehacer cotidiano de todos los cursos de clínica y se está tratando de integrar en la práctica general del médico futuro. La salud es en sí una sola y desconocer las implicancias psicológicas en el trabajo del médico general le ha restado a la psiquiatría su capacidad de acción.

No se han hecho en nuestro medio estudios epidemiológicos que puedan dar una idea aproximada de la realidad peruana. Sólo se han efectuado estudios parciales en algunas zonas de Lima, en especial los llevados a cabo por la División de Higiene Mental (hoy Asesoría de Salud Mental) bajo la dirección del Prof. Humberto Rotondo de 1957 a 1961; posteriormente se hizo un estudio epidemiológico por la misma División de Higiene Mental y con la dirección del Dr. J. Mariátegui, en la zona de Lince.

Trabajos en zonas rurales no se han efectuado y es quizás una de las tareas más urgentes, ya que la población campesina es la que mayores problemas de adaptación provocan en las zonas urbanas. Cabe mencionar en este sentido las investigaciones que sobre el síndrome de desadaptación llevó a efecto el Prof. Car-

los Seguín hace ya 15 años, quien fuera el primero en señalar entre nosotros la rica patología psicosomática de la desadaptación.

El problema mayor para las investigaciones psiquiátricas de orientación social estriba en la definición de enfermedad mental y en la necesidad de uniformar criterios tanto entre los psiquiatras como entre éstos y los planificadores y sanitaristas con el fin de lograr una información más certera de nuestra realidad social.

Carecemos hasta el presente de medios de información que nos proporcionen cifras reales de nuestro universo psicosocial. Las cifras que exhibimos más abajo son hasta ahora las más seguras, ya que se basan en un muestreo hecho por la Oficina Sectorial de Planificación y que pone en evidencia solamente la demanda satisfecha, ya que las demandas ocultas o silenciosas son imposibles de detectar con los medios a nuestro alcance.

Las consultas médicas en general realizadas a nivel nacional el año 1964 fueron 10'722,953. Las consultas psiquiátricas alcazaron a 103,556, lo cual representó el 1.11% del total de consultas y los consultantes fueron 27,831. Estas cifras muestran que la tasa de consultas fue de 10 por cada 1,000 habitantes y que la tasa de consultantes fue de 3 por cada 1,000 habitantes, siendo el porcentaje de consultantes mentales en relación a consultantes en general del 0.59%.

De acuerdo con las investigaciones anteriormente citadas y muestreos revisados con motivo de este informe en unidades de salud y hospitales, se ha encontrado que la demanda satisfecha de pacientes con perturbaciones mentales oscila entre el 0.7% y el 0.8% de la demanda satisfecha en general. Naturalmente que entre ésta y la demanda silenciosa media una distancia difícil de calcular según los criterios que se tengan para definir la enfermedad mental.

Tomando en cuenta la tasa de consultantes por perturbaciones mentales y el volumen de la población general, podemos inferir que existen en el Perú alrededor de 33,000 enfermos mentales con perturbaciones manifiestas.

La mayor concentración de consultantes y de consultas fue en centros poblados que cuentan con ciertas facilidades y se ha visto que allí donde existe un psiquiatra la demanda satisfecha es mayor.

No se han hecho en nuestro medio cálculos económicos de la carga que produce la enfermedad mental.

Las inadaptaciones leves de tipo emocional no reciben atención en nuestras instituciones hospitalarias o centros especializados, pero ellas limitan considerablemente la eficiencia del trabajador. Las investigaciones hechas por B. Caravedo y Oscar Valdivia en 33 fábricas pusieron de relieve que el 40% de los problemas personales en la industria tenían relación con manifestaciones emocionales, no detectadas por los servicios médicos de la propia industria o mal encasillados en las consultas médicas. Las investigaciones fueron hechas entre los dirigentes sindicales y los directores de las empresas y las cifras estaban dentro del porcentaje encontrado por Alphen de Veer en Holanda. Las industrias sufren pérdidas económicas cuantiosas en días-hombre, calculándose que llegan a 800'000,000 de soles (unos 20'000,000 de dólares) al año.

La atención de maternidad y partos es muy reducida en centros hospitalarios, ya que sólo se atienden en éstos el 20% de las madres gestantes, en tanto que el 80% de ellas no reciben atención profesional. Estas cifras podrían explicar el número tan elevado de disritmias cerebrales de tipo temporal señalado por H. Rotondo y otros problemas conexos o paralelos, tales como deficiencias mentales traumáticas o lesiones neurológicas invalidantes a permanencia. Asimismo el embarazo carente de atención médica en una población subnutrida podría explicar muchos de los cuadros de deficiencia mental.

Otro problema médico social que tiene gran importancia en la salud pública y en la salud mental es el elevado consumo de bebidas alcohólicas y la masticación de hojas de coca. En 1955, de acuerdo a trabajos de B. Caravedo y M. Almeida la población del Perú consumió 160'000,000 de litros de bebidas alcohólicas, seindo el alcohol de caña el 90% del consumo de alcohol, representado por aproximadamente 40'000,000 de litros de alcohol absoluto. En 1965 el consumo total de bebidas alcohólicas fue de 204'926,675 litros, de los cuales 60'000,000 fueron de alcohol de caña con 50° de alcohol. Son en su mayoría alcoholes mal elaborados que producen lesiones del sistema nervioso. En los departamentos de mayor consumo de alcohol de caña es donde mayor índice de homicidios se encuentra. La población apta para la bebida, de acuerdo a Jellineck, es de 3'000,000 de habitantes, aunque el número de bebedores habituales no se conoce con exactitud. Sólo se sabe, indirectamente, por el número de detenciones anuales por embriaguez, las cuales llegan al 60% del total.

El consumo de hojas de coca es otro problema sanitario grave. Existe un millón de coqueros que mastican, aproximadamente 8'000,000 de kilos de hojas de coca con un total de 350,000 kilos de cocaína, lo cual representa en promedio, un gramo diario de cocaína por persona. La masticación ha sido considerada una forma de esclavismo social. En un país pobre en tierras de panllevar se destinan quince mil hectáreas para cultivar arbustos de coca; existen en el Perú trescientos millones de estos arbustos con una inversión económica de nueve mil millones de soles (aproximadamente doscientos veinte millones de dólares). El consumo de alcohol de caña y de coca es característico de la población indígena; como lo puso de relieve Rotondo y Col. una forma de ascenso social y de mestizaje cultural es dejar la coca por el tabaco negro y el alcohol de caña por bebidas europeas o la cerveza.

Los desórdenes de la conducta en la edad escolar rara vez son reconocidos como tales por los maestros. Al educador le falta un mejor conocimiento de estos problemas y un concepto claro del desarrollo normal del niño. Las escuelas públicas y las llamadas grandes unidades escolares tienen muy escaso personal preparado para enfrentarse al problema del menor con desórdenes de la conducta u otro problema de pedagogía especial. La enseñanza de la Higiene Mental es sólo para quienes siguen los cursos de Doctoral (Ph. D.) en Educación. Es interesante anotar que la Dirección General de Educación, el organismo que controla las escuelas públicas del país, reconoció tener en 1966 programas de adiestramiento para 600 deficientes mentales.

La mayoría de atendidos sólo reciben 1.11 atenciones, lo que está significando o bien que el caso es obvio y crónico y no hay servicios para tratarlos; o bien que los médicos generales no se sienten capacitados para instituir un tratamiento ambulatorio, o no hay medios económicos para sostenerlos.

La cronicidad es alta y la imposibilidad de regresarlos a su ambiente es otro grave problema. La movilidad hospitalaria es pobre y las camas psiquiátricas en general están ocupadas por pacientes que tienen o muchos años en el hospital o muchos años de enfermedad fuera del ambiente hospitalario.

Los recursos disponibles son deficientemente utilizados porque:

a) no existen servicios ambulatorios dotados de suficientes recursos;
b) no está organizada la comunidad para reintegrar a los pacientes;
c) no se prepara al paciente para el retorno a la comunidad, por carecerse de medios y de personal;
d) no hay seguimiento de casos después del alta y los sistemas de post-cura no están suficientemente establecidos.

De otro lado, la prevención primaria y secundaria no ha comenzado en forma eficaz y continuada. Podría pensarse que los sistemas de prevención que se hace con las campañas de vacunación, enseñanza a la mujer gestante; atención del parto bajo control están en esta línea, pero el número de atendidos en este rubro es insuficiente como para poder decir que la prevención primaria se hace con miras a procurar un mejor porvenir mental de los hombres futuros.

Nuestras aspiraciones deben ser modestas, porque los recursos económicos, físicos y humanos lo son. Pero si queremos mejorar los servicios deberíamos reorganizarlos mediante la toma de contacto con los planificadores, dinamizándolos, dándoles mayor movilidad, acrecentando la integración del psiquiatra con el pediatra, haciendo conciencia de la enseñanza médica y paramédica de la unidad de la persona y que la salud es un concepto integral, enseñando a los maestros que ellos son parte integrante no sólo de la instrucción sino de la educación, del mejor conocimiento del niño, de su desarrollo y aptitudes. No todo lo podrá hacer jamás el psiquiatra, pero éste debe actuar tras la cortina orientando al médico de salud pública, a la enfermera, a la asistente social, al maestro, al sacerdote, al juez y al legislador.

II. RECURSOS HUMANOS

Por: Carlos Bambarén Vigil *

Personal

a) *Psiquiatras.* De acuerdo con los resultados de una encuesta, hasta Abril de 1967, ejercían la psiquiatría en el país 140 médicos (8.7% son mujeres), de los cuales 5 eran extranjeros. Al mismo tiempo 32 especialistas peruanos se encontraban en el exterior, 21 de ellos radicados definitivamente.

La distribución en el territorio nacional señala que el 87% se encuentra en la capital y el 13% restante en 6 de 22 departamentos, en la forma siguiente: 7 en Arequipa, 4 en La Libertad, 2 en Piura, 1 en Junín, 1 en Lambayeque, y 1 en Tacna. El 13% de los 124 psiquiatras residentes en la capital son profesionales jóvenes que se hallaban siguiendo los programas de adiestramiento a nivel de post-grado.

En cuanto a la modalidad asistencial predomina el trabajo en centros hospitalarios y la práctica privada, siendo lo más frecuente que cada médico realice más de una actividad con el consiguiente desmedro en cuanto al tiempo que puede dedicar a cada una de ellas.

El 86% ejercen la psiquiatría general, en cambio sólo el 2.8% se dedica exclusivamente a la psiquiatría infantil; otras subespecialidades como la higiene mental, la psiquiatría forense y la administración, tienen escasos cultores.

b) *Psicólogos clínicos.* Si bien no contamos con datos en cuanto al número de psicólogos graduados que se dedican a este campo, sí podemos señalar qué Servicios de Psicología clínica funcionan en los dos hospitales psiquiátricos (Hospital "Víctor Larco Herrera" y Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán"), en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de Policía, en el Hospital Obrero de Lima y en el del Hospital Central del Empleado. También colaboran psicólogos clínicos en la Unidad de Salud de Magdalena (Servicio de Salud Mental), en la Clínica Psiquiátrica de Día, en las Cátedras de Psiquiatría, en el Instituto de Criminología del Ministerio de Justicia y Culto y en clínicas psiquiátricas privadas.

---

* Jefe de Servicio, Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán", Lima-Perú.

c) *Asistentes Sociales Psiquiátricas.* En el Perú no existen Asistentes Sociales especializadas. Según datos oficiales, en 1964 habían 141 profesionales activas en el país, el 50% de las cuales trabajaba en dependencias del Ministerio de Salud Pública. Por otro lado, resulta digno de anotarse que los hospitales de las Fuerzas Armadas y Auxiliares no cuentan con Servicio Social. En el momento actual hemos podido detectar 18 Asistentes Sociales que laboran en 10 de los servicios psiquiátricos del país.

d) *Enfermeras psiquiátricas.* Tampoco existen profesionales especializadas en el campo psiquiátrico. De acuerdo con informes oficiales, en 1964 había en el país 3,103 enfermeras activas, con una proporción de 1 enfermera por cada 3,600 habitantes. El número de plazas en los diferentes hospitales y servicios psiquiátricos es como sigue: 70 en el Hospital "Víctor Larco Herrera"; 41 en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán"; 13 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central del Empleado; 6 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima; 4 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de Policía; 4 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central y 2 en la Clínica Psiquiátrica de Día. Hay, además, enfermeras que trabajan en clínicas psiquiátricas privadas, pero muchas de ellas ocupan algunas de las plazas señaladas anteriormente.

e) *Personal subprofesional.* En esta categoría el Ministerio de Salud Pública incluye a los Auxiliares de Enfermería, a los ayudantes y a los enfermeros sanitarios que en 1964 sumaban 9,119 en todo el país. Solamente en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" existen Auxiliares de Enfermería con cierto adiestramiento especializado en número de 69. El resto de personas que laboran en los distintos centros asistenciales no tienen ninguna preparación especial.

f) *Terapeutas ocupacionales.* Solamente existe una enfermera que en 1965 recibió adiestramiento en Puerto Rico, y que trabaja actualmente en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán".

Educación

De acuerdo con las recomendaciones del "Seminario sobre la enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental en las Escuelas de Medicina" (Lima, diciembre de 1967) "el problema de la salud mental de un país debe abordarse mediante un programa integral que comprenda la asistencia de los enfermos actuales y potenciales, la formación de personal y la investigación científica". Al mismo tiempo hay acuerdo en que "la enseñanza de la salud mental impartida a los estudiantes de medicina, no puede aislarse, por un lado, de las necesidades de servicios locales, y por otro, de los avances de la investigación en general y de la aplicada al proceso docente en especial".

En el Perú funcionan actualmente Facultades de Medicina en Lima (3); Arequipa (1); Trujillo (1); Ica (1); Cajamarca (1). El 63.6% de los psiquiatras colabora en la enseñanza a los estudiantes de medicina y a las estudiantes de enfermería.

La tendencia actual en las Facultades de Medicina es a integrar la enseñanza de la Psiquiatría a lo largo de los años de estudio de la carrera médica, tratando de capacitar al futuro médico general para que no solamente sepa reconocer los desórdenes mentales y buscar oportunamente la ayuda del especialista, sino para que pueda actuar en la comunidad como un real agente de la prevención de la enfermedad y de fomento de la salud mental. En este sentido hay interés en familiarizar al estudiante con ciertas peculiaridades socio-culturales de los diferentes grupos de población para mejor cumplir su cometido.

Se insiste en la necesidad de que funcionen en los hospitales generales unidades psiquiátricas, para que la política actual del Ministerio de Salud Pública de convertirlos en Centros de Salud se haga una realidad y los estudiantes de medicina que allí realizan sus prácticas puedan tener un enfoque integral de los pacientes. Se tropieza todavía no sólo con limitaciones presupuestales para hacer posible estos programas, sino con la necesidad de cambio de actitudes tradicionales frente al psiquiatra tanto de parte de la población como de los médicos en general.

En el nivel de Post-grado, existen actualmente dos programas de Residencia para la formación de especialistas en psiquiatría: uno dependiente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y otro del Ministerio de Salud Pública. El ciclo comprende tres años y en cada promoción se gradúan 3 ó 4 especialistas en cada programa. Sin embargo, por no ofrecerse posibilidades de trabajo inmediato a estos profesionales, ellos optan por una de estas dos alternativas; o bien se dedican exclusivamente a la práctica privada o emigran al extranjero en busca de mejores horizontes profesionales y económicos. Esto significa una inversión para el Estado que no rinde los frutos que serían de desear tanto en el aspecto económico cuanto en el de estructurar programas a nivel local o nacional.

La tendencia a lograr la especialización en el país o en el extranjero, señala que el 80.8% de los psiquiatras en actividad se han formado exclusivamente en el país (60.5%) o han complementado su preparación en el extranjero (20.3%) y sólo el 19.2% lo ha hecho exclusivamente en el exterior.

En la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y A. S. se dicta la asignatura de Salud Mental a médicos que siguen cursos para optar el grado de Master en Salud Pública. Igual ocurre en la Universidad Cayetano Heredia para los médicos que siguen el curso de Administración de Hospitales. En la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de San Fernando se está estructurando un programa para realizar cursillos a nivel de post-grado para médicos de provincias.

En las escuelas de enfermeras, a diferencia de lo que ocurría hasta hace pocos años, el curso tradicional de psiquiatría que seguía los moldes de la enseñanza para estudiantes de medicina, ha sido reemplazado por el de Enfermería Psiquiá-

trica y en casi todas las escuelas ya existen enfermeras-instructoras que tienen a su cargo la enseñanza de esta asignatura contando con la colaboración de un médico especialista para el dictado de algunos de los tópicos del programa.

En el Hospital "Víctor Larco Herrera" se dicta desde este año cursos de capacitación para personal auxiliar que deba trabajar en servicios psiquiátricos.

Calificación del Psiquiatra

Recién el 21 de octubre de 1965 la R. S. Nº 26-65-DGS del Ministerio de Salud Pública señaló los siguientes requisitos para el ejercicio de la especialidad en Psiquiatría: a) Acreditar práctica médica no menor de 5 años en un servicio psiquiátrico de institución nacional o extranjera; o de 3 años como médico residente en un centro de psiquiatría reconocido por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina; b) ejercer en forma exclusiva la especialidad; y, c) pertenecer a una sociedad científica de psiquiatría.

A pesar de ello todavía en la práctica encontramos algunos médicos no calificados que asumen la responsabilidad del tratamiento de enfermos mentales. Igualmente no puede aún regularse la intervención de psicólogos que incursionan en el campo terapéutico.

Sociedades especializadas

Dos son las más importantes: La Asociación Psiquiátrica Peruana, fundada en 1954, formada exclusivamente por psiquiatras, con 87 miembros (62 activos y 25 asociados; y, la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, fundada en 1938 que cuenta entre sus miembros a 55 psiquiatras (39 activos y 16 correspondientes). Por pertenecer algnos médicos a ambas sociedades, el número total real de afiliados sólo llega a 110.

Investigación

En una encuesta se ha podido determinar que sólo el 15% de los psiquiatras consideran que realizan investigación. Se trata por lo general de actividades aisladas, llevadas a cabo en forma individual y de ninguna manera a dedicación exclusiva. Los temas enfocados son de la más variada naturaleza y no siempre se refieren a asuntos de aplicación práctica en cuanto a necesidades en el campo de la salud mental.

Sólo podemos mencionar dos excepciones. La primera constituída por una serie de investigaciones de Psiquiatría Social llevadas a cabo por un grupo en la División de Higiene Mental del Ministerio de Salud Pública, bajo la dirección del Prof. Humberto Rotondo, que entre los años 1957-1961 estudió algunos aspectos de la salud mental en barrios marginales de Lima. La segunda se refiere al Instituto de Psiquiatría Social de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que ha sido inaugurado en diciembre de 1967. En él trabaja un grupo de psiquiatras bajo la dirección del Prof. Carlos A. Seguín y en la actualidad se encuentran dedicados sobre todo a temas de psiquiatría folklórica.

III. RECURSOS MATERIALES

Por: Víctor Huerta-Mercado C. *

Hospitales y Camas

a) Según la información oficial más reciente hay en el Perú 283 hospitales con 28,672 camas. De este total, 16 hospitales albergan pacientes mentales en forma parcial o exclusiva con un total de 2,010 camas.

b) La tasa de camas hospitalarias en general en el Perú es de 2.4 por 1,000 habitantes. La misma tasa considerando los lechos destinados a pacientes psiquiátricos es sólo de 0.17 por 1,000 habitantes.

c) Resulta interesante conocer la distribución de las camas psiquiátricas por entidades propietarias, según el siguiente cuadro:

		Nº de camas
M.S.P. y A.S.	Hospital "Víctor Larco Herrera"	1,213
	Centro de Salud Mental "H. Valdizán"	410
	Hospitales generales	40
	TOTAL	1,663
Seguridad Social	Hospital Obrero de Lima	22
	Hospital del Empleado de Lima	39
	Servicios en provincias	19
	TOTAL	80
FF.AA. y AUX.	Hospital Central de Policía	20
	Centro Médico Naval	10
	H. Militar Central (en reorganización)	20
	TOTAL	50
Clínicas Privadas	6 clínicas	217

* Jefe del Servicio de Salud Mental. Unidad de Salud de Magdalena, Lima-Perú.

De la observación de este cuadro surgen las siguientes conclusiones porcentuales:

a) El 82.75% de las camas psiquiátricas corresponde al M.S.P. y A.S. La Seguridad Social sólo cubre el 3.95% y las FF.AA. y AUX. el 2.50%, mientras que las clínicas privadas representan el 10.80%.

b) Del total de las camas psiquiátricas enunciadas el 95% se encuentra en Lima (1,910 camas) y el resto en provincias.

Consultorios Psiquiátricos Externos

Existen 22 consultorios externos, de los cuales 15 se encuentran en Lima-Callao y el resto en provincias. No incluímos los consultorios externos privados (de las 6 clínicas psiquiátricas privadas 2 tienen consultorios externos y 6 clínicas privadas generales tienen consultores psiquiátricos).

Consultorios psiquiátricos externos por entidad propietaria:

M.S.P. y A.S.:

1. Hospital Víctor Larco Herrera
2. Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán, con sus extensiones: a) Hospital del Niño
   b) Hospital Dos de Mayo
3. Clínica Psiquiátrica de Día (Consultorios externos, internación parcial)
4. Servicio de Salud Mental de la Unidad de Salud de Magdalena
5. Servicio de Salud Mental de la Unidad de Salud del Rímac
6. Servicio de Salud Mental de la Unidad de Salud de Lince
7. Servicio de Salud Mental de la Unidad de Salud del Callao (Area de Salud del Callao)
8. Hospital Centro de Salud de Bravo Chico

Beneficencias:

9. Callao, Hospital Daniel A. Carrión
10. Arequipa, Centro de Salud "Moisés Heresi" (Consultorios externos, internación parcial)

Seguro Social:

11. Policlínico Obrero de Lima
12. Policlínico Obrero del Callao
13. Hospital del Empleado de Lima
14. Hospital del Empleado de Arequipa
15. Hospital Obrero de Arequipa
16. Hospital Obrero de Chiclayo
17. Hospital General de Arequipa

F.F.A.A. y Aux.:

18. Instituto de Sanidad de Aeronáutica
19. Hospital Central de Policía
20. Centro Médico Naval
21. Hospital Militar Central.

Universidades: 22. Hospital Docente de Trujillo

Clínicas Psiquiátricas con consultorio externo:

1. Clínica San Isidro
2. Clínica "Pinel"

Consultoría Psiquiátrica en clínicas generales:

1. Anglo Americana
2. Delgado
3. Internacional
4. San Felipe
5. Santa Fe
6. Javier Prado

Servicios de Psiquiatría Infantil

En el Hospital Víctor Larco Herrera funciona un Pabellón de internación dedicado a niños, con consultorios externos; existen consultores psiquiátricos en centros de menores excepcionales (Instituto San Gabriel para deficientes mentales); y en la Clínica Psiquiátrica de Día funciona un servicio de paidopsiquiatría.

Servicios Psiquiátricos Forenses

Sólo uno en Lima, dependiente del Ministerio de Justicia y Culto, Dirección de Penales (Recientemente se ha suprimido el dependiente de la Dirección de Tutela).

Indice proporcional de costo y personal

Sólo estamos en condiciones de dar datos de un hospital mental y de una Unidad de Salud modelo:

Hospital Víctor Larco Herrera:
Costo por día-cama: S/. 82.37.
Promedio de estadía por paciente: 4 años, 2 meses y 25 días.

Unidad de Salud de Magdalena: 3% del total de consultas son psiquiátricas.
Costo por consulta psiquiátrica: S/. 121.61.
Rendimiento: 2.1 por hora.

IV. PLANIFICACION Y ADMINISTRACION

Por: Enrique Rubín de Celis *

El proceso de Planificación de Salud se inició en 1957 con esfuerzos parciales que constituyeron intentos de ordenamiento de los problemas de salud y de los recursos necesarios para solucionarlos; pese a su seriedad, eran limitados en cuanto a las actividades programadas y a las entidades involucradas.

Concebida la Planificación como un instrumento para alcanzar el Desarrollo y siendo los sectores sociales y económicos interdependientes es obvio que muchas acciones de salud repercuten necesariamente en resultados y efectos en otros campos y a su vez las medidas adoptadas por otros sectores influencian en el campo de la Salud, en algunos casos con mayor efecto o fuerza que las acciones específicas, es por esto que en 1966 se formuló el Plan Sectorial de Salud 1967-70 como parte integrante del Plan de Desarrollo Económico y Social del país.

El Plan identifica y jerarquiza los principales problemas de salud en función de daños, utilizando los criterios de magnitud, vulnerabilidad y del costo de las acciones necesarias para controlarlos. De acuerdo a estos criterios los problemas de salud prioritarios a nivel nacional son: enfermedades susceptibles de ser controladas por vacunaciones; enfermedades cuya propagación se debe a las deficientes condiciones de saneamiento básico; tuberculosis y enfermedades erradicables por medidas sanitarias.

Asimismo se identificaron en los grandes centros urbanos como problemas que adquieren relevancia: los accidentes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades neoplásicas.

Si bien las enfermedades mentales no fueron consideradas como problema prioritario de salud, tal vez debido a que los criterios adoptados no son adecuados para ubicarlas, dadas sus características, en la escala jerárquica de daños, o por la escasa información existente en relación a este tipo de enfermedades, las metas de actividades establecidas en el Plan las involucran en términos de egresos hospitalarios y consultas médicas.

---

* Médico Planificador, Oficina Sectorial de Planificacion de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú.

Son obstáculos para la eficiente utilización de los servicios de salud y salud mental en particular, la insuficiencia de recursos particularmente financieros y su excesiva concentración en la zona urbana, determinando un escaso grado de cobertura de la población con servicios permanentes de salud (se estima que aproximadamente 3'500,000 campesinos no tienen acceso a servicios de salud por habitar en zonas muy alejadas de éstos). Además, acentúan la insuficiencia de recursos el rápido crecimiento de la población (3.2% anual en los últimos años), su acelerada urbanización, el creciente costo de los servicios derivados de la complejidad mayor de la tecnología médica y la limitada participación del Sector Privado en la prestación de servicios de salud.

Hasta el año 2,000 se estima que la población crecerá a una tasa anual de 3%, llegando a alcanzar 33'591,000 habitantes con una probable proporción de 68% en la zona urbana. Se espera que el Producto Bruto Interno incremente anualmente en 5% y el ingreso per cápita mejore en forma substancial. Asimismo, el avance de la industrialización, y el progreso en el nivel educacional de la población parecen ser una evidencia. El nivel de salud de la población, debido al progreso en los factores condicionantes ya mencionados y por la extensión del saneamiento básico y la reducción de las enfermedades transmisibles se elevará, determinando cambios en la composición etaria y exigiendo cambios en los programas de salud mental, desde que la metodología empleada considera como primera prioridad la atención de la demanda.

La política de desarrollo futuro de los servicios de salud mental en el país, pretende dar más énfasis a los programas de prevención que a los de recuperación y al tratamiento ambulatorio que a la internación. Asimismo, incrementar el rendimiento de los recursos de salud mental en términos de más consultas por hora médica contratada y más egresos por cama de internación, con intensificación de los sistemas de post-cura y de rehabilitación de los pacientes dados de alta. En relación a infraestructura dará preferencia a la construcción de unidades de hospitalización de psiquiatría en los hospitales generales.

La necesaria penetración en el área rural y el establecimiento de servicios médicos en zonas de colonización, hacen imperativo el reforzar la formación en psiquiatría del médico general.

En la planificación de salud en general y tal vez con mayor énfasis en el campo de salud mental, el principal problema incide en la determinación de la demanda de servicios. Los componentes de la demanda pueden ser agrupados en tres áreas diferentes. La primera se denomina "demanda biológica" o la cantidad y calidad de atención requeridas por una población para cubrir sus necesidades de salud, conlleva un concepto eminentemente epidemiológico y precisa de técnicas de campo clínicas y de laboratorio para identificar la morbilidad total y la distribución de la enfermedad en la población.

La segunda, que puede ser denominada "demanda efectiva" se expresa por la cantidad de servicios realmente solicitados por una población sin tener en cuenta su propiedad o eficacia. La tercera representa la "demanda racionalizada"

que se expresa como la cantidad y calidad de servicios de salud que desde los puntos de vista técnico, administrativo y económico es posible cubrir.

Para una adecuada planificación de nuestros servicios de salud del futuro será necesario practicar estudios de cada componente de la demanda con la mayor aproximación posible para conseguir la máxima utilización de los recursos disponibles y responder al reto que las condiciones demográficas, económicas y sociales que prevalecerán en Latinoamérica lanzan al Sector Salud.

V. COMENTARIO FINAL

Por: Javier Mariátegui Ch.*

En las páginas que anteceden se ha intentado presentar, en términos generales, con el propósito de ofrecer un panorama sumario y global de la salud mental en nuestro país, un conjunto de datos, que hablan por sí solos, acerca de la realidad nacional, en lo que concierne a recursos humanos y materiales, dentro de un marco de referencia socio-económico y con las apreciaciones derivadas de un criterio de planeación.

La situación actual de la asistencia psiquiátrica del Perú ha sido objeto de una valoración crítica, con miras a su adecuación a las urgentes demandas de un país en desarrollo. Con este propósito, el Consejo de Salud Mental, organismo asesor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en asuntos de su competencia, preparó el *Plan Nacional de Salud Mental* (Lima, 1964), que, tras el análisis crítico de la realidad presente, proyectó un conjunto de disposiciones tendientes a estructurra, técnicamente, los niveles de la asistencia psiquiátrica pública, en todos sus aspectos, desde los núcleos primarios de la atención médica general hasta los establecimientos más específicos y desarrollados de la función médico-psicológica. Como quiera que un plan de este tipo requería, para su cabal cumplimiento, de un conjunto de etapas ejecutivas de acuerdo a un orden de prioridades, se señaló un esquema bienal que se ha cumplido sólo parcialmente. Ello no obstante, el *Plan* es un activo medio propulsor que ha permitido la ampliación de la asistencia, dentro de las limitaciones propias de un país de recursos escasos donde el problema de los desórdenes mentales no se encuentra aún en el foco de las proridades médicas. Se ha logrado, sin embargo, que algunas de las importantes indicaciones contenidas en ese documento, se hayan plasmado en realidad.**

---

* Director de la Clínica Psiquiátrica de Día, M.S.P. y A.S., Lima-Perú.

** Dos unidades psiquitáricas para dos hospitales generales, actualmente en construcción, responde a las disposiciones del **Plan** de complementar con servicios psiquiátricos a todos los hospitales integrantes del Plan Hospitalario Nacional.

El examen escueto de la realidad geográfica, social, económica y cultural de países como el nuestro, no puede detenerse exclusivamente en un afronte técnico, que pretenda superponer a realidades peculiares los cánones en uso en los países altamente desarrollados. Hemos tenido ocasión ya de referirnos a esta peculiar problemática de la salud mental y la asistencia psiquiátrica en la América Indo-ibera, con el propósito de lograr un "efecto multiplicador" de los reducidos recursos actuales y de los que se desarrollen en las tres próximas décadas. Coincidentes con A. KIEV, creemos, que no sólo corresponde al psiquiatra (cuyo número será siempre notoriamente reducido) ni al personal profesional y para-profesional que lo secunda, la solución de los problemas de salud mental de amplias extensiones en nuestro hemisferio.

De lo expuesto se deduce la importancia de la formación psiquiátrica en la educación médica, que en el Perú, ya hace más de una década, integra los *curricula* de los programas de estudios de las distintas escuelas médicas. Se trata, ahora, de ahondar en la temática cultural, tan profundamente arraigada en nuestros variopintos grupos humanos, cuyo conocimiento resulta indispensable en la formación médica, pues constituye momento obligado en la relación médico-paciente, en el manejo de la terapéutica, y, principalmente, en el fomento de las actitudes positivas de las comunidades tradicionales en su encuentro con la medicina racional. Debe ser objeto de particular análisis la posibilidad de empleo del empirismo tradicional aborigen, dentro de un sistemático empeño de integrar diversas, y aparentemente contradictorias, "estructuras de delegación".

La investigación psiquiátrica tiene sus más utilizables criterios en la investigación social, desde la indagación de las peculiaridades biopsicológicas de la raza amerindia, hasta el esbozo de la personalidad básica del mestizo y otras averiguaciones socio-culturales que se señalan en este informe. No debemos dejar de mencionar la investigación estrictamente social del Perú de hoy, centrada en asuntos tales como las migraciones internas, avecindamiento marginal y otros aspectos del tumultuoso cambio social y cultural que acontece en el país, y que conduce el Instituto de Estudios Peruanos. Y, aunque sólo se cuenta por ahora con el Instituto de Psiquiatría Social de la Universidad de San Marcos (1967), destinado a la indagación del interesante campo de la socio-psiquiatría, no debe dejarse de señalar los esfuerzos, no por aislados menos valiosos, de estudiosos peruanos que han examinado, con originalidad, variados aspectos de la psiquiatría clínica, de la psicopatología y de la terapéutica en general. Mención especial debe hacerse de la investigación psicofarmacológica, de gravitación cada vez mayor principalmente en países con escasos recursos materiales y humanos, que permite el empleo de agentes eficaces que no sólo evitan o reducen la internación de los casos severos, sino que permiten el tratamiento supervisado de enfermos en lugares poco accesibles.

La producción psiquiátrica peruana cuenta con importantes órganos de difusión: la *Revista de Neuro-Psiquiatría*, la *Revista Psiquiátrica Peruana* y la *Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas*.

La investigación epidemiológica pone a nuestra disposición un valiosísimo material informativo que ha de permitir, en el futuro, crear, organizar y extender adecuadamente los servicios psiquiátricos. El estudio de prevalencia de Lince, realizado en 1962, en una muestra representativa de un distrito urbano de la Capital del país, puso de relieve la distribución de los desórdenes mentales y emocionales en guarismos extrapolables a otras zonas urbanas de similares características demográficas. Las psiconeurosis tenían la mayor proporción (5.48 ± 0.42), seguidos de los trastornos de la personalidad (3.38 ± 0.33), de la patología psiquiátrica infantil (3.07 ± 0.31), del alcoholismo (2.68 ± 0.35%), de los desórdenes convulsivos (1.41 ± 0.21), de la deficiencia mental (1.38 ± 0.21), de los síndromes somatopsíquicos (1.17 ± 0.19) y de la psicosis (1.10 ± 0.19). Estas cifras pueden ser consideradas como una expresión de la "demanda biológica".

Para terminar este comentario, nos parece de interés recalcar la necesidad de disponer de un instrumento legal que, superando las anacrónicas disposiciones vigentes, las responsabilidades gubernamentales en la psicohigiene de la población y todas las medidas de orden jurídico relacionadas a la prevención y a la asistencia. Un *Anteproyecto de Ley de Salud Mental*, elaborado por una comisión *ad-hoc* en 1964, se encuentra aún pendiente de discusión en las cámaras legislativas.

Un sagaz afronte de la realidad psiquiátrica en un país determinado no puede reducirse a una estática formulación numérica, o a la repetición de un conjunto de enunciados. Supone una constante revisión de datos, valorados en el marco, siempre cambiante, de la realidad social, utilizando criterios móviles, desde que en este campo, como en todos los del conocimiento humano, la certeza actual es sólo una perspectiva provisional de enjuiciamiento.

PRINCIPALES FUENTES DE CONSULTA PARA LA ELABORACION DE ESTE INFORME

1. Alarcón, R.: Influencia de la enseñanza psicológica y psiquiátrica sobre el enfrentamiento del enfermo mental. Rev. Psiq. Per., **7**: 28-38, 1967.
2. Anteproyecto de Ley de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública y A.S., Lima, 1964.
3. Bambarén Vigil, C.: Primeras consultas y primeros ingresos en un hospital psiquiátrico. Rev. Psiq. Per. **5**: 65-75, 1965.
4. Bambarén Vigil, C.: Prontuario psiquiátrico peruano. Ediciones SIP, Lima, 1967.
5. Bambarén Vigil, C.: El ejercicio actual de la psiquiatría en el Perú. Contribución al estudio de los recursos humanos. Rev. Psiq. Per., **7**: 39-51, 1967.
6. Boletín de análisis demográfico. Dirección Nacional de Estadística y Censos. Instituto Nacional de Planificación, Nov. 1964.
7. Caravedo, B., Rotondo H., y Mariátegui, J. (Editores): Estudios de Psiquiatría Social en el Perú, Ed. El Sol, Lima, 1963.
8. Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán", Oficina de Estadística.
9. Gutiérrez-Noriega, C.: Diseño para un estudio psicológico de la raza amerindia. Actualidad Méd. Per., **3**: 159-195, 1937.
10. Hospital "Víctor Larco Herrera". Oficina de Estadística.
11. Huerta-Mercado, V.: Algunos Aspectos de la salud mental en una Unidad de Salud. Rev. Psiq. Per. **6**: 3-11, 1966.
12. Instituto de Psiquiatría Social. Memoria, Lima, 1967.
13. Kiev, A.: El establecimiento de servicios psiquiátricos en los países en vías de desarrollo. Rev. Neuropsiq., **31**: junio 1968.
14. Mariátegui, J.: Normas de utilización y realidad sociocultural. Documento de trabajo preparado para la Comisión Preparatoria V. Conferencia de Salud Mental de las Américas, México, abril de 1968.
15. Mariátegi, J., Alva, V., y De León, O.: Epidemiología psiquiátrica en un distrito urbano de Lima. Un estudio de prevalencia en Lince (por publicarse).
16. Matos Mar, J..: Estudio de las barriadas limeñas (1955). Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 1966.
17. Matos Mar, J.: Urbanización y barriadas en América del Sur. Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 1968.
Salud. M.S.P. y A.S., Lima.
18. Plan Sectorial de Salud 1967-1970. Instituto Nacional de Planificación, Lima, 1966.
19. Plan de Desarrollo Económico y Social 1967-1970. Instituto Nacional de Planicación, Lima, 1966.
20. Plan Nacional de Salud 1966-1970. Oficina Sectorial de Planificación de Salud, M.S.P. y A.S., Lima, 1965.
21. Plan Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública y A.S., Lima, 1964.
22. Proyecto de Plan Sectorial de Salud. Oficina Sectorial de Planificación de Salud. M.S.P. y A.S., Lima, 1966.
23. Rotondo, H.: Comunicación personal acerca del proyecto de enseñanza de post-grado en la Escuela de Graduados. Fac. de Med. UNMSM, Lima.
24. Rotondo, H. y Bambarén Vigil, C.: Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el Perú y sus perspectivas para el futuro. Tema presentado al Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 1966.
25. Rubín de Celis, E.: Daño "Enfermedades mentales". Oficina Sectorial de Planificación de Salud. M.S.P. y A.S., Lima.
26. Seguín, C. (Editor): Psiquiatría y Sociedad. Estudios sobre la realidad peruana. Univ. Nac. Mayor de San Marcos, Lima, 1962.
27. Seminario sobre la enseñanza de la psiquiatría y la salud mental en las escuelas de medicina. Bol. OSP, **64**: 256-261, 1968.
28. Unidad de Salud de Magdalena: Anuario de actividades, 1964, e informes del movimiento asistencial actual, 1968.

INDICE